

ORIGINAL

Violencia doméstica: preguntar para detectar

Inmaculada Sala Musach^a, Ana Rosa Hernandez Alonso^b, Roser Ros Guitart^a,
Gemma Lorenz Castañe^b y Neus Parellada Esquius^{c,*}

^aÁrea de Atención a la Salud Sexual i Reproductiva del Baix Llobregat, Barcelona, España

^bABS Camps Blancs, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^cServei d'Atenció Primària Baix Llobregat Litoral, Barcelona, España

Recibido el 7 de enero de 2009; aceptado el 20 de abril de 2009

Disponible en Internet el 24 de junio de 2009

PALABRAS CLAVE

Violencia doméstica;
Cribado;
Atención primaria;
Atención a la mujer

Resumen

Objetivos: Evaluar si preguntas clave permiten detectar la violencia doméstica (VD) y conocer la prevalencia de ésta en atención primaria (AP) y en atención a la mujer (AM).

Diseño: Estudio de intervención con asignación aleatorizada.

Emplazamiento: Consultas de AP y de AM (Sant Boi de Llobregat, Barcelona).

Participantes: Selección sistemática aleatorizada de mujeres en AP (se excluyó a las que se conocía que se las maltrataba) y de mujeres que acudían por primera vez al Servicio de AM. Se seleccionaron controles emparejados por edad. Se entrevistaron 400 mujeres.

Intervenciones: Se realizó anamnesis y un cuestionario. En el grupo control (GC) había una pregunta referente a VD, en el grupo intervención (GI) se incluían 6 preguntas clave: relación de sus padres, los de la pareja, si la pareja había sufrido maltrato, relación con su pareja, si se consentían las relaciones sexuales y si la pareja se enfadaba cuando no quería tenerlas. Ante VD se preguntaba el tipo, características y duración.

Resultados: Se detectaron 101 (25,3%) casos de violencia, 58 (29,4%) en el GI y 43 (21,2%) en el GC (OR [odds ratio] = 1,55; intervalo de confianza (IC): 0,96 a 2,51; p = 0,06). En AM se detectó el 32,7 y el 17,5% (OR = 2,3; IC: 1,2 a 4,5; p = 0,007) y en AP el 25,3 y el 25,8% (OR = 0,97; IC del 95%: 0,47 a 2,02; p = 0,5), respectivamente.

Las mujeres presentaban características diferentes según la procedencia (AM frente a AP), pero similares entre el GI y el GC, excepto en cuanto a la discapacidad psíquica, que era más frecuente en el GI.

Presentaba enfermedad psiquiátrica el 23,5%, el 15% de las no maltratadas y el 44% de las maltratadas (de éstas, en el 68% la enfermedad era posterior al maltrato).

Conclusiones: El maltrato es un problema de salud pública. Cuando la mujer acude por primera vez es necesario utilizar preguntas indirectas para facilitar la comunicación; si la mujer y el profesional ya se conocen basta una sola pregunta para detectarlo.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nparellada.cp.ics@gencat.cat (N. Parellada Esquius).

KEYWORDS

Domestic violence;
Screening;
Primary care;
Women's care

Domestic violence: A screening question**Abstract**

Aims: To assess whether key questions can detect domestic violence (DV), and find out the prevalence in primary care (PC) and women's care (WC).

Design: Intervention Study with random assignment.

Location: PC and WC clinics (Sant Boi de Llobregat Barcelona).

Participants: Systematic random selection of women in PC (not know if battered) and women who came for the first time to the WC service. Age-matched controls were selected. A total of 400 women were interviewed.

Interventions: Anamnesis was performed and a questionnaire filled in. In the control group (CG) there was one question concerning DV, in the intervention group (IG) there were 6 key questions: relationship of their parents, partner's parents, if the partner had suffered abuse, relationship with her partner, if sexual relations were consensual or got angry if they were not. When DV was detected, asked about type, features and duration.

Results: A total of 101(25.3%) cases of violence were detected, 58(29.4%) in IG and 43(21.2%) in CG (odds ratio (OR)=1.55, confidence interval (CI): 0.96–2.51, $P=0.06$). WC rates were 32.7% and 17.5% (OR: 2.3, CI: 1.2–4.5, $P=0.007$) and PC 25.3% and 25.8% (OR: 0.97, CI: 0.47–2.02, $P=0.5$), respectively.

Different characteristics were observed depending on whether they were from PC or WC, but were similar between IG and CG, except mental disability, more common in IG.

23.5% suffered from a psychiatric disorder, 15% in non-battered and 44% in the battered, in 68% of these the disorder appeared after the abuse.

Conclusions: Abuse is a Public Health problem. When women visit for the first time it is necessary to use indirect questions to make communication easier, if the woman and the professional know each other, a single question is enough to detect it.

© 2009 Elsevier España, S.L All rights reserved.

Introducción

La violencia es el uso intencional de la fuerza física o del poder contra uno mismo o hacia otra persona, grupo o comunidad y tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte. La violencia doméstica (VD) o familiar es la que se produce en el hogar o ámbito familiar. La violencia contra la mujer es una parte importante, pero también puede afectar a ancianos y a niños¹.

La Organización de las Naciones Unidas considera violencia contra la mujer todo acto que ocasione daño o sufrimiento físico, psíquico y sexual¹. La violencia contra la mujer es un problema de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la VD una prioridad internacional para los servicios de salud². El presente estudio se refiere exclusivamente a la VD contra la mujer.

Los resultados de la macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer evidenciaron que el 9,6% de las mujeres se halla en «situación objetiva» de violencia familiar y que sólo la tercera parte de estas mujeres se considera a sí misma víctima de malos tratos³. Las denuncias han sufrido un incremento del 26,5% entre 2003 y 2007. Las muertes de mujeres por violencia muestran una ligera disminución, ya que han pasado de 103 muertes en 2003 a 94 en 2007³.

En los centros de atención primaria (CAP) y en los servicios de atención a la mujer (SAM), se observan y se diagnostican cada día más casos de VD en todas sus dimensiones: física, psicológica y sexual. Todavía son

muchas las mujeres que acuden a las consultas por síntomas inespecíficos y quejas repetidas que hacen sospechar, a veces, que se las está maltratando; aun cuando ellas mismas no sientan esta situación como tal, ya que la identidad femenina tradicional se basa en la sumisión, la disponibilidad y la supeditación al varón^{4,5}.

Aunque los expertos no proponen un cribado sistemático del maltrato a la mujer, sí proponen incluir preguntas en el curso de la entrevista clínica^{6,7}.

El presente trabajo se realizó con el objetivo de evaluar si introducir preguntas clave en la consulta permite detectar VD y conocer su prevalencia en las mujeres que acuden a consulta.

Metodología

Se realizó un estudio de intervención con asignación aleatorizada a un grupo intervención (GI) o a un grupo control (GC) en el CAP de Camps Blancs y en la consulta del SAM de Sant Boi de Llobregat.

Se incluyó de manera sistemática y aleatorizada a mujeres que acudían a consulta del CAP, y se excluyó a las ya diagnosticadas de VD. En las consultas del SAM se incluyeron sólo aquellas mujeres que acudían por primera vez, ya que la historia clínica completa se realiza en el primer contacto y así pueden incluirse las preguntas que se quieren testar. La mayoría de las mujeres que acuden al CAP lo hacen de manera sucesiva y sería complejo obtener una muestra de las mujeres que acuden por primera vez.

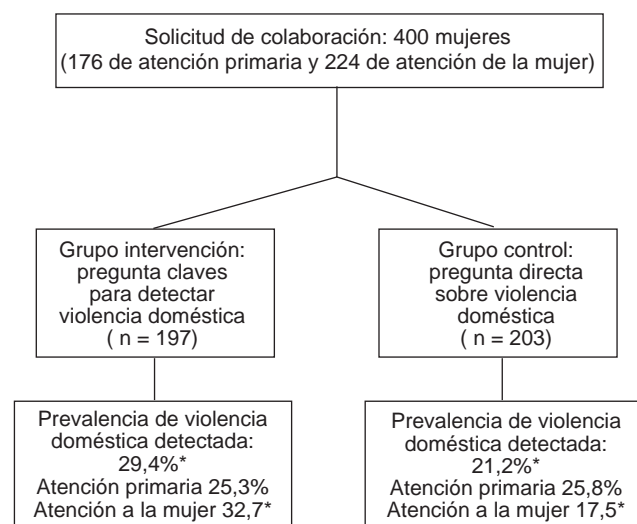
Mediante Granmo 5.0 se calculó que eran necesarias 98 mujeres por grupo; se aceptó un riesgo alfa del 5%, un riesgo beta del 20%, contraste bilateral; se esperó el 10% de pérdidas, y se asumió una prevalencia esperada del 25% con una diferencia por detectar del 20%. Para poder analizar los resultados de las consultas de atención primaria (AP) o de atención a la mujer (AM) eran necesarias 392 mujeres.

Durante el segundo semestre de 2005 se pasó un cuestionario a 400 mujeres que acudieron a las consultas de AP y AM. En el cuestionario del GC había una pregunta que hacía referencia a la VD, en el del GI había 6 preguntas clave (sobre la relación de pareja de los padres de la mujer, la relación de los padres de la pareja, si la pareja había sufrido maltrato, cómo era la relación con la pareja, si las relaciones sexuales se consentían y si la pareja se enfadaba cuando ella no quería tenerlas) y la pregunta referente a la VD.

Otras variables estudiadas fueron la edad, nacionalidad, estudios realizados, situación laboral, antecedentes patológicos, hábitos tóxicos y antecedentes ginecológicos. También se recogieron datos sobre la pareja (estudios, situación laboral, antecedentes patológicos y hábitos tóxicos).

Si la paciente respondía «sí» a la pregunta sobre VD, se rellenaba un cuestionario final para valorar qué tipo de VD presentaba, si se generalizaba a otros miembros de la familia, quién la realizaba, cuánto tiempo había sufrido el maltrato y si lo había denunciado.

Se realizó el análisis estadístico mediante SPSS 11.0. La estadística descriptiva se realizó mediante el análisis de la medida central y la dispersión para variables cuantitativas, y de las proporciones para variables cualitativas. Para el análisis bivalente, y para buscar posibles relaciones con el hecho de sufrir VD, se realizó el test de χ^2 para las variables cualitativas y la comparación de medias para las cuantitativas. Se calculó la medida de asociación mediante OR (*odds ratio*).



Esquema general del estudio. Estudio de intervención con asignación aleatoria de una selección sistemática aleatorizada de mujeres.

Resultados

Se realizaron 400 encuestas (224 en AM y 176 en AP). La [tabla 1](#) muestra las características generales de las mujeres y de su pareja. Las mujeres de AM eran más jóvenes, había un menor porcentaje de extranjeras, tenían menos embarazos y menos abortos espontáneos, un mayor nivel de estudios, eran más activas laboralmente, presentaban menos discapacidad motora y psíquica, y fumaban y bebían menos. Las parejas de las mujeres de AM tenían mayor nivel de estudios, eran más activas laboralmente, presentaban menor porcentaje de discapacidad motora y psíquica, eran más fumadoras, consumidoras de alcohol y de otras drogas.

Las características según la asignación al GI o al GC indican que no hubo diferencias significativas ([tabla 2](#)), excepto en cuanto a la discapacidad psíquica de la mujer en la consulta de AM. Hubo 24 mujeres en el GI y 8 en el GC ($p < 0,0001$). Las características de las parejas, según la asignación a ambos grupos, no presentaban diferencias, excepto en el consumo de drogas de las parejas de las mujeres del centro de salud, que era superior en el GC ($p < 0,0001$).

En total se detectaron 101 (25,3%) casos de VD, 58 (29,4%) en el GI y 43 (21,2%) en el GC (OR = 1,55; intervalo de confianza (IC): 0,96 a 2,51; $p = 0,06$). En las mujeres de AM los porcentajes fueron del 32,7 y del 17,5% (OR = 2,29; IC: 1,17 a 4,49; $p = 0,007$) y en las mujeres de AP fueron del 25,3 y del 25,8% (OR = 0,97; IC: 0,47 a 2,02; $p = 0,5$), respectivamente.

La edad, nacionalidad, nivel de estudios, situación laboral y hábitos tóxicos de la mujer no se relacionaron estadísticamente con el hecho de recibir maltrato. Se observó una relación significativa entre el mayor número de abortos voluntarios y la mayor prevalencia de enfermedad psiquiátrica en las mujeres maltratadas ([tabla 3](#)).

Las características de las parejas de ambos grupos eran similares, excepto por el mayor consumo de alcohol en las parejas de AP con maltrato (38%) frente a las no maltratadas (30%) ($p = 0,03$).

Se hallaron 94 (23,5%) mujeres que referían tener enfermedad psiquiátrica (prevalencia del 16% en el grupo sin maltrato y del 44% en el grupo de maltratadas), de las que 48 (51%) no presentaban maltrato, en 31 (33%) la enfermedad psiquiátrica era posterior al maltrato, en 6 (6,4%) la enfermedad era previa al maltrato y en 9 (9,6%) se presentaban ambas situaciones y no conocían las fechas ([fig. 1](#)).

La mayor prevalencia de enfermedad psiquiátrica en las mujeres del GI que en las del GC en las pacientes de AM actuó como modificador del efecto. En el análisis estratificado por la presencia o no de enfermedad psiquiátrica, ante la hipótesis de que el GI presentaba mayor prevalencia de VD ([tabla 4](#)) se observó la modificación del efecto de la asociación y hubo asociación entre pertenecer al GI y recibir VD en las mujeres con alteración psiquiátrica, que no se detectó en la OR bruta, ni en la estratificación de mujeres sin alteración psiquiátrica, ni en la OR de Mantel-Haenszel. Al analizar sólo las mujeres del SAM, en las que se detectó esta distribución anómala, la asociación de los datos brutos desapareció tras estratificar y la OR de Mantel-Haenszel no fue significativa.

Las preguntas clave realizadas al GI que se relacionaban con el hecho de sufrir maltrato fueron: «¿tus padres tienen

Tabla 1 Características generales de las mujeres y su pareja en la muestra

	Atención a la Mujer (n=224)	Atención Primaria (n=176)	Total (n=400)	p
Nacionalidad española	205 (91,9%)	169 (97,1%)	374 (94,2%)	0,03
Edad media (DE)	28 (8,7)	50,6 (15,5)	37,8 (16,5)	<0,0001
Número de embarazos	0,5 (0,9)	2,4 (1,8)	1,3 (1,6)	<0,0001
Número de abortos espontáneos	0,06 (0,3)	0,2 (0,4)	0,12 (0,4)	0,001
Número de abortos voluntarios	0,07 (0,3)	0,05 (0,3)	0,06 (0,3)	ns
Número total de abortos	0,13 (0,4)	0,23 (0,5)	0,2 (0,5)	0,04
<i>Nivel de estudios de la mujer</i>				<0,0001
Sin estudios/estudios primarios	94 (42)	124 (70,9)	218 (54,6)	
Secundarios	88 (39,3)	35 (20,0)	123 (30,8)	
Diplomatura/estudios superiores	42 (18,8)	16 (9,1)	58 (14,5)	
<i>Situación laboral de la mujer</i>				<0,0001
Activa	164 (73,2)	65 (36,9)	229 (57,3)	
Paro	48 (21,4)	7 (4,0)	55 (13,8)	
Ama de casa	7 (3,1)	82 (46,6)	89 (22,3)	
Baja laboral	5 (2,2)	12 (6,8)	17 (4,3)	
Pensionista	0	10 (5,7)	10 (2,5)	
Discapacidad motora de la mujer	2 (0,9)	10 (5,7)	12 (3,0)	0,005
Discapacidad psíquica de la mujer	32 (14,5)	60 (34,1)	92 (23,2)	<0,0001
<i>Hábitos tóxicos de la mujer</i>				
Tabaco	107 (47,8)	44 (25,0)	151 (37,8)	<0,0001
Alcohol	95 (42,6)	7 (4,0)	102 (25,6)	<0,0001
Otras drogas	3 (1,4)	2 (1,1)	5 (1,3)	ns
Tiene pareja	201 (89,7)	142 (80,7)	343 (85,8)	0,01
<i>Estudios de la pareja</i>				<0,0001
Sin estudios/estudios primarios	85 (42,3)	94 (66,2)	179 (52,2)	
Secundarios	86 (42,8)	36 (25,4)	122 (35,6)	
Diplomatura/ estudios superiores	30 (14,9)	12 (8,5)	42 (12,2)	
<i>Situación laboral de la pareja</i>				<0,0001
Activa	181 (90,0)	87 (63,0)	268 (79,1)	
Paro	16 (8,0)	5 (3,6)	21 (6,2)	
Baja laboral	4 (2,0)	27 (19,6)	31 (9,1)	
Pensionista	—	19 (13,8)	19 (5,6)	
Discapacidad motora de la pareja	3 (1,5)	11 (7,7)	14 (4,1)	0,004
Discapacidad psíquica de la pareja	8 (4,0)	22 (15,5)	30 (8,8)	<0,0001
<i>Hábitos tóxicos de la pareja</i>				
Tabaco	111 (52,2)	59 (41,5)	170 (49,6)	0,01
Alcohol	111 (52,2)	35 (24,6)	146 (42,6)	<0,0001
Otras drogas	13 (6,5)	19 (13,5)	32 (9,4)	0,03

DE: desviación estándar.

buen relación?», «¿tu pareja ha sufrido maltrato?», y «¿tenéis buena relación de pareja?» (tabla 5).

El tipo de violencia más frecuente fue la violencia psicológica (90 casos), seguido de la violencia física (40 casos), la violencia sexual (17 casos) y otros tipos de violencia (5 casos).

Asimismo, 43 (42,6%) mujeres (el 41% en AM y el 44,4% en AP) refirieron que el maltrato se generalizaba a otros

miembros de la familia. En 16 casos se generalizaba a los hijos (36,4%).

En 14 (13,9%) casos se había realizado la denuncia (el 11,8% en AM y el 19% en AP), sin diferencias entre el GI y el GC. La media de años de convivencia con el agresor era de 14,3 años (desviación estándar [DE]: 12,7), ésta era mayor en las mujeres de AP (18,98 años; DE: 14,7) frente a las mujeres de AM (10,2 años; DE: 9,3) ($p = 0,001$). La duración

Tabla 2 Características generales de las mujeres, según la asignación al grupo intervención o al grupo control

	Total (n=400)			
	GI	GC	Total	p
Nacionalidad española	184 (93,9)	190 (94,5)	374 (94,3)	ns
Edad media (DE)	38 (16,2)	37,6 (16,8)	37,8 (16,5)	ns
Número de embarazos	1,4 (1,6)	1,3 (1,7)	1,3 (1,6)	ns
Número de abortos espontáneos	0,12 (0,4)	0,11 (0,4)	0,12 (0,4)	ns
Número de abortos voluntarios	0,08 (0,35)	0,04 (0,2)	0,06 (0,3)	ns
Número total de abortos	0,19 (0,53)	0,15 (0,4)	0,17 (0,48)	ns
Nivel de estudios de la mujer				ns
Sin estudios/estudios primarios	106 (53,8)	112 (55,4)	218 (54,6)	
Secundarios	64 (32,5)	59 (29,2)	123 (30,8)	
Diplomatura/estudios superiores	27 (13,7)	31 (15,3)	58 (14,5)	
Situación laboral de la mujer				ns
Activa	109 (55,3)	120 (59,1)	229 (57,3)	
Paro	28 (14,2)	27 (13,3)	55 (13,8)	
Ama de casa	47 (23,9)	42 (20,7)	89 (22,3)	
Baja laboral	11 (5,6)	6 (3,0)	17 (4,3)	
Pensionista	2 (1,0)	8 (3,9)	10 (2,5)	
Discapacidad motora de la mujer	7 (3,6)	5 (2,5)	12 (3,0)	ns
Discapacidad psíquica de la mujer	54 (27,7)	38 (18,8)	92 (23,2)	0,04
Hábitos tóxicos de la mujer				
Tabaco	83 (42,1)	68 (33,5)	151 (37,8)	ns
Alcohol	54 (27,4)	48 (23,8)	102 (25,6)	ns
Otras drogas	4 (2,0)	1 (0,5)	5 (1,3)	ns

DE: desviación estándar; GC: grupo control; GI: grupo intervención; ns: no significativo.

Tabla 3 Características estadísticamente significativas de las mujeres, según hubiera o no maltrato y según el centro

	Atención de la Mujer (n=224)				Atención Primaria (n=176)				Total (n=400)			
	Con MT	Sin MT	Total	p	Con MT	Sin MT	Total	p	Con MT	Sin MT	Total	p
Número de embarazos	0,66 (1,03)	0,43 (0,8)	0,49 (0,87)	ns	2,24 (1,5)	2,48 (1,85)	2,42 (1,77)	ns	1,37 (1,5)	1,33 (1,7)	1,34 (1,6)	ns
Número de abortos espontáneos	0,05 (0,23)	0,07 (0,33)	0,06 (0,31)	ns	0,24 (0,48)	0,16 (0,41)	0,18 (0,43)	ns	0,14 (0,4)	0,11 (0,37)	0,12 (0,37)	ns
Número de abortos voluntarios	0,16 (0,46)	0,04 (0,19)	0,07 (0,28)	0,004	0,11 (0,49)	0,02 (0,15)	0,05 (0,28)	ns	0,14 (0,47)	0,03 (0,17)	0,06 (0,28)	0,001
Número total de abortos	0,21 (0,56)	0,10 (0,37)	0,13 (0,43)	ns	0,36 (0,74)	0,18 (0,43)	0,23 (0,53)	ns	0,28 (0,65)	0,14 (0,4)	0,17 (0,48)	0,01
Discapacidad psíquica de la mujer	23 (42,6)	9 (5,4)	32 (14,5)	<0,0001	21 (46,7)	39 (29,8)	60 (34,1)	0,03	44 (44,4)	48 (16,1)	92 (23,2)	<0,0001

ns: no significativo; MT: maltrato.

de la situación de VD era de 127,5 meses (DE: 13,1), superior en AP (175,6 meses; DE: 151,4) que en AM (89,5 meses; DE: 86,8) ($p = 0,001$).

Discusión

Se detectó una alta prevalencia de maltrato: un 25%. Las preguntas clave demostraron mayor eficacia cuando era la primera vez que las mujeres acudían. Esta prevalencia es similar a la descrita en otros estudios^{11,12}. Se detectó una alta prevalencia en la consulta de AM mediante las

preguntas clave, similar a la que se detectó en otro estudio realizado en España¹². En AP, cuando el profesional y la mujer ya se conocían, era suficiente realizar la pregunta directa. La prevalencia hallada es más baja, pero cabe recordar que se excluyó a las mujeres ya conocidas como maltratadas.

La principal limitación del estudio vendría por el estudio de mujeres que acuden a las consultas y no de mujeres de la población general. En principio, cabe esperar que estas mujeres presenten más casos de enfermedad o que demanden mayor atención por la mala salud que perciben, debajo de la que podría haber problemas de maltrato. El

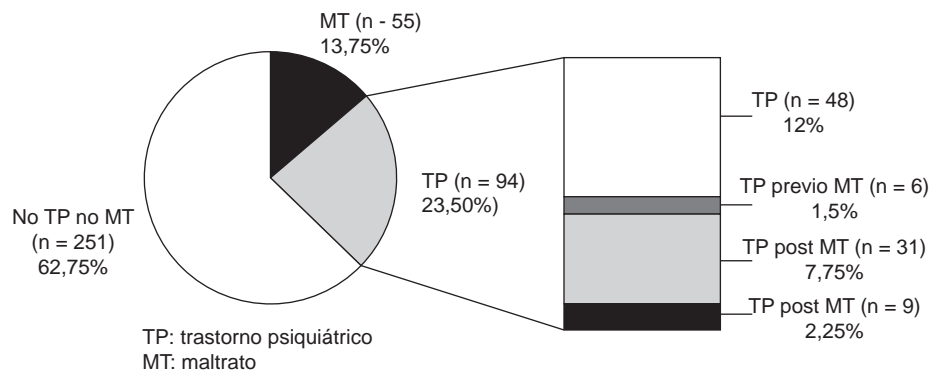


Figura 1 Relación entre maltrato (MT) y trastorno psiquiátrico (TP) en las mujeres estudiadas.

Tabla 4 Asociación entre maltrato y asignación al grupo control o al grupo intervención, estratificados por la discapacidad psíquica de la mujer (modificación del efecto)

Total	Maltrato		Total	OR (IC)
	Sí	No		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Grupo intervención	43 (21,2)	160 (78,8)	203	1,55 (0,96 a 2,51)
Grupo control	58 (29,4)	139 (70,6)	197	
Total	101 (25,3)	299 (74,8)	400	
Con discapacidad psíquica				3,15 (1,23 a 8,05)
Grupo intervención	32 (59,3)	22 (40,7)	54	
Grupo control	12 (31,6)	26 (68,4)	38	
Total	44 (47,8)	48 (52,2)	92	
Sin discapacidad psíquica				1,04 (0,83 a 2,36)
Grupo intervención	25 (17,7)	116 (82,3)	141	
Grupo control	30 (18,3)	134 (81,7)	164	
Total	55 (18,0)	250 (82,0)	305	
OR de Mantel-Haenszel 1,40 (0,83 a 2,36)				
Atención a la Mujer				2,29 (1,17 a 4,49)
Grupo intervención	36 (32,7)	74 (67,3)	110	
Grupo control	20 (17,5)	94 (82,5)	114	
Total	56 (25,0)	168 (75,0)	224	
Con discapacidad psíquica				2,11 (0,12 a 37,5)
Grupo intervención	19 (79,2)	9 (28,1)	24	
Grupo control	4 (50)	4 (50)	8	
Total	23 (71,9)	9 (28,1)	32	
Sin discapacidad psíquica				1,41 (0,52 a 3,82)
Grupo intervención	16 (19,0)	68 (81,0)	84	
Grupo control	15 (14,3)	90 (85,7)	105	
Total	31 (16,4)	158 (83,6)	189	
OR Mantel-Haenszel 1,52 (0,67 a 3,44)				

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

hecho de hallar una prevalencia similar a la de otros estudios indica que la muestra estudiada es válida. Esta misma limitación podría afectar la prevalencia de enfermedad psiquiátrica detectada en una tercera parte en las mujeres de AP, aunque no se aleja de la referida en otros estudios de AP^{8,9}.

A pesar de la asignación aleatorizada, se observó una mayor prevalencia de enfermedad psiquiátrica en el GI. Esto podría actuar como factor de confusión, debido a la relación entre enfermedad psiquiátrica y maltrato. Al realizar el análisis estratificado, se comprobó que hubo una modificación del efecto, y se observó una asociación entre la VD y el

Tabla 5 Porcentaje de respuestas afirmativas a las preguntas clave del grupo intervención, según haya o no maltrato

	At. mujer (n=224)			At. primaria (n=176)			Total (n=400)		
	MT	Total	p	MT	Total	p	MT	Total	p
¿Los padres de tu pareja tienen buena relación de pareja?	18 (52,9)	85 (3,3)	a	11 (50,0)	58 (66,7)	b	29 (51,8)	143 (75,7)	a
¿Tu pareja ha sufrido maltrato?	18 (60)	70 (71,4)	a	11 (55)	44 (58,7)	a	29 (58)	114 (65,9)	a
¿Tenéis buena relación como a pareja?	9 (30)	22 (22,4)	c	11 (55)	27 (36)	b	20 (40)	49 (28,3)	c
¿Las relaciones sexuales son consentidas?	25 (80,6)	91 (91)	b	15 (75)	70 (93,3)	a	40 (78,4)	161 (92,0)	a
¿La pareja se enfada si no tenéis relaciones sexuales?	30 (96,8)	94 (94)	a	16 (80)	65 (87,8)	a	46 (90,2)	159 (91,4)	a
¿La pareja se enfada si no tenéis relaciones sexuales?	3 (9,7)	7 (7,0)	A	3 (15,0)	16 (21,9)	a	6 (11,8)	23 (13,3)	a

MT: maltrato.

a=p<0,001.

b=p<0,05.

c=p>0,05.

grupo exclusivamente de las mujeres con discapacidad psíquica, pero no en las que no presentaban discapacidad, ni en el conjunto de las mujeres. En el análisis de las mujeres procedentes del SAM, hubo una asociación en el análisis bruto de los datos, pero ésta desapareció en las estratificaciones y en la OR estratificada.

La enfermedad psiquiátrica es más frecuente en las mujeres con VD, pero aparece luego del maltrato y no es una causa de éste. Este mismo hallazgo se repite en otros estudios⁷⁻¹⁰.

No hace mucho tiempo se creía que los aspectos personales de la víctima eran la causa de la VD, y se culpabilizaba a la víctima de la situación. En la actualidad, esta teoría se cuestiona por la existencia de pruebas, como la demostrada en este estudio, de que es el maltrato el que genera los trastornos y los problemas psicológicos⁹.

Las mujeres del CAP eran mayores que las del SAM. Esto explica las diferencias (embarazos, abortos, nivel cultural, actividad laboral), el mayor tiempo de convivencia con el agresor y la mayor duración de la situación.

Hay factores de riesgo tradicionalmente relacionados con la VD^{13,14}, como el alcohol, el abuso de drogas, el nivel cultural o la situación laboral. En este estudio, se analizaron los hábitos tóxicos y no se halló relación con la VD, igual que en otros estudios¹⁰.

El porcentaje de denuncia es muy bajo, similar al de otros estudios^{3,10,15,16}. Afortunadamente, ha aumentando en los últimos años³, aunque dista de ser óptimo.

De las preguntas clave, destaca la relación entre el hecho de que la pareja haya sufrido maltrato y que sea maltratador. Este hecho se conoce por otros estudios^{2,17}.

El 92% respondía que había buena relación con la pareja. Destaca que, entre las maltratadas, el 78,4% seguía diciendo que tenía buena relación. Se trata de mujeres que son víctimas y no lo saben reconocer, tal como lo demuestran las cifras de la encuesta del Instituto de la Mujer³. El primer paso para superar el problema es verlo y aceptarlo.

A partir de la conferencia de Pekín en 1995, la violencia de sexo se reconoce internacionalmente como un problema social. Es el crimen encubierto más numeroso del mundo.

Los servicios sanitarios son la puerta de entrada donde las mujeres piden ayuda ante una agresión, son un eslabón

esencial en la prevención, detección y diagnóstico de la violencia¹⁰.

Es importante hacer una buena detección para ayudar a las víctimas a salir del proceso. Es necesario crear un clima adecuado con intimidad, y asegurar la confidencialidad para que la mujer exprese el problema sin miedo¹⁸.

Es muy importante preguntar porque si no se pregunta, no se detecta. «*Que la humanidad pueda sobrevivir en paz o no, depende de lo que queramos las personas*» (Bertrand Russell).

Lo conocido sobre el tema

- La violencia contra la mujer es un problema de salud. La OMS considera la VD una prioridad internacional para los servicios de salud.
- Estudios nacionales e internacionales han destacado la elevada prevalencia de la VD y su repercusión en la salud de las mujeres.
- La consulta de las mujeres se realiza a través de demandas inespecíficas sobre su salud, lo que debería hacer pensar en el maltrato como problema de fondo.

Qué aporta este estudio

- Demuestra la elevada prevalencia de VD en España y muestra coincidencias con otros estudios.
- Es necesario crear un clima adecuado de confianza e intimidad para detectar este problema.
- Preguntar directamente o a través de preguntas clave permite detectar la VD.

Bibliografía

1. ONU. Asamblea general de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer; 20 de diciembre de 1993. Resolución A/RES48/104. New York: ONU; 1994.

2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Ginebra: World Health Organization; 2002.
3. Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer. [citado 22 Dic 2008]. Disponible en: URL: <http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/tablas>.
4. Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia [resumen]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
5. Alberdi I, Rojas Marcos L. Violencia: tolerancia cero. Barcelona: Fundació La Caixa; 2005.
6. Fernández Alonso MC, Herero Velázquez S, Buitrago Ramirez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
7. Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. Aten Primaria. 2006;38:82–9.
8. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Aten Primaria. 2004;34:117–27.
9. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Perez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med Clin (Barc). 2004;122:461–7.
10. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gac Sanit. 2004;18:182–8.
11. Fontanil Y, Ezama E, Fernandez R, Gil P, Herrero FJ, Paz D. Prevalencia del maltrato de pareja contra mujeres. Psicothema. 2005;17:90–5.
12. García Torrecillas JM, Torio Durantez J, Lea Pereira MC, García Tirado MC, Aguilera Tejero R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. Aten Primaria. 2008;40:455–61.
13. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González Barranco JM, Ayuso Martín P, Montero Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2006;20:202–8.
14. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence. N Eng J Med. 1999;341:1892–8.
15. Vives C, Alvarez-Dardet C, Caballero P. Violencia del compañero íntimo en España. Gac Sanit. 2003;17:269–74.
16. Vives Cases C, Carrasco-Portiño M, Alvarez-dardet C. La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres. Evolución temporal y edad de las víctimas. Gac Sanit. 2007;21:298–305.
17. Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop Simmons K. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. Am J Prev Med. 2003;25:38–44.
18. World Health Organization. Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Global Programme on Evidence for Health Policy. Ginebra: World Health Organization; 1999.

doi:10.1016/j.aprim.2009.04.007

COMENTARIO EDITORIAL

Violencia de género. Hacer visible la vergüenza

Violence against women. Make the shame visible

Miguel Melguizo

Centro de Salud Almanjarray, Distrito Sanitario Granada, Granada, España

La violencia de género, la expresión más frecuente y grave de la violencia doméstica, se refiere a la violencia contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, psíquica o psicológica (incluidas las amenazas, coacciones o privaciones de libertad) que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo es el hecho de ser mujer.

El ámbito habitual de violencia de género es el medio familiar, en una relación de pareja, donde se produce una situación de dominio del varón sobre la mujer y una reiteración de los actos de violencia con intención de producir daño. El ciclo “tensión, agresión y remisión”

se repite en una espiral que irá incrementando el grado de violencia y la peligrosidad de las agresiones.

Durante muchos años la violencia de género ha permanecido “invisible” para la sociedad. No ha existido respuesta adecuada desde ámbitos judiciales, políticos o sociosanitarios, y desde los servicios sanitarios se ha afrontado este problema de forma pasiva y con una tolerancia cómplice con la situación.

La violencia física, psicológica o sexual hacia las mujeres constituye la máxima expresión de la discriminación por sexo que han tenido las mujeres desde tiempo inmemorial. Esta discriminación ha supuesto una marginación legal, laboral, económica y social real, y ha tenido su traducción en desigualdades históricas de los niveles de salud de la mujer¹.

El excelente trabajo de Sala et al² detecta una elevada prevalencia de violencia doméstica en nuestro medio y refleja la eficacia de los centros de atención primaria en la detección